O niezwykłej przypadłości po prawidłowem wydobyciu zaćmy starczej.

Napisał
Dr. Bol. Wicherkiewicz.

Jak nie ma dwóch listków do siebie zupełnie podobnych, tak też każdy przypadek operacyjny nosi na sobie znamię pewnéj odrębności. Rzeczą operatora jest nie tylko patrzeć wszędzie, ale i widzieć takie właściwości, których rozumne statystyczne zestawienie, czynienie stosownych wniosków i zastosowanie ich do przyszłych rękoczynów stanowi złote doświadczeń naszych owoce.

Oczywiście odrębności poszczególne nie zawsze są tego rodzaju, aby mogły budzić zajęcie szerokich kół lub zasługiwały na ogłoszenie; są jednakże inne, które nietylko odrębnością zaciekawiają nas, ale które wymowne dają świadectwo pewnéj zasadzie lub nowym pomysłom torują drogę.

W pewnym kierunku czynić to może przypadek, który zaraz opisać będę miał sposobność:

Wioślarz K. G., 67 lat liczący, przedstawił mi się 23 kwietnia r. b. podając, iż przed rokiem zaniewidział na lewe, a późniéj nieco także na prawe oko.

Ogólny stan przemawiał za miernem odżywieniem. Bardzo słaby stopień inteligencyi nie pozwalał bliższych szcze-

gółów wywiadowych od niego zasięgnąć, otoczenie zaś jeszcze dość obce, nie umiało także nic podać.

Spojówki lekko przekrwione, a przy wyciskaniu worka łzowego wychodzi odrobina ropiasto-śluzowego płynu, zresztą przewody łzowe wolne, rogówki nieco małych rozmiarów, górą w lekki łuk starczy zaopatrzone; przednie komórki średniéj głębokości, źrenice wązkie, nieco słabo na światło oddziaływają. Obie soczewki przedstawiają się całe zaćmione, twarde, z lekkiem stłuszczeniem warstw przylegających do nieco zgrubiałéj przedniéj torebki: zgrubienie torebki silniejsze znacznie po lewéj stronie.

W moczu nie znaleziono żadnych ciał nieprawidłowych.

Po należytem przygotowaniu chorego, a mianowicie przestrzyknięciu przewodów łzowych sublimatem (1 : 1000) i kilkorazowem zastosowaniu okładów z wody ołowianéj, przystąpiłem nazajutrz do operacyi, któréj przebieg był następujący:

Chorego, któremu zapuszczono 3 razy 5% kokainę i raz jeszcze przestrzyknięto przewód łzowy sublimatem, ułożono na stół operacyjny. Najprzód zabrałem się do oka lewego:

Cięcie płatowe górne nożem Graefowskim około 5 mm. wysokie, wykłucie (kontrapunkcyję) zrobiłem przypadkowo wskutek drgnięcia chorego ½ mm. bliżéj ku przodowi t. j. więcéj w przeźroczystéj rogówce aniżeli wkłucie. Gdy rozcinaczem torebkowym (cystotomem) nie udało się torebce zadać odpowiedniéj ranki, ująłem torebkę szczypczykami własnemi (przedłożonemi w r. 1889 Zjazdowi francuskich oftalmologów w Paryżu) i wydobyłem ją prawie całą, przyczem atoli twarda soczewka lekko okręciwszy się ku górze przesunęła się. Chcąc ją z oka wydobyć, najprzód haczykiem tępym zesunąłem ku dołowi w należyte położenie, poczem bez trudności udało mi się przez lekki tylko nacisk całą wydostać.

Oko wyglądało dobrze, płat rogówkowy przylegał dobrze, źrenica była czystą, tylko tęczówka lekko górą sfałdowana, ku ranie się zwracała. Chcąc ją odprowadzić sztylecikiem kauczukowym, schylam się po takowy w stronę instrumentów; w tejże chwili chory nagłym silnym zwrotem gałki ku dołowi sprawia pęknięcie powłoczki ciała szklanego (*hyaloidea*), a w ranie szeroko rozwartéj pokazuje się w znacznéj ilości ciało szklane. Wyjęcie rozwieracza, zapuszczenie ezeryny i założenie opaski, było dziełem jednej chwili. Natychmiast przystąpiłem do operacyi prawego oka; z któ-

rego soczewkę podobnej jakości jak i z lewego oka, ale o mniéj stwardniałéj torebce wydobyłem z łatwością przez ścisłe cięcie płatowe o prawidłowych rozmiarach.

Wypłukując swoim przyrządem małe resztki, odprowadziłem równocześnie końcem przyrządu wypadniętą tęczówkę, a po operacyi, jak do lewego oka, zapuściłem ezerynę. Chorego zaniesiono do łóżka.

Nazajutrz t. j. dnia 25/4, a zatem w 24 godzin po operacyi zmieniono opaskę z powodu, iż chory narzekał na ucisk w lewem oku: na powiekach trochę znajdowało się śluzu odczynowego, i to na obu oczach równo, zresztą żadne objawy zapalne nie zdradzały się zewnętrznie, dlatego bez odsunięcia powiek, zapuściwszy w prawe oko pilokarpinę, w lewe ezerynę, świeżą założyłem opaskę, którą, gdy chory w dniach następnych nie narzekał na żadne dolegliwości, zmieniłem dopiero powtórnie dnia 27/4; płatki opatrunkowe przedstawiły się zupełnie suche a po lekkiem odsunięciu dolnych powiek żadna ciecz nie wystąpiła.

Już miałem świeżą założyć opaskę, gdy ciekawością zdjęty odsunąłem poprzednio lekko górną powiekę lewego oka; ku memu wielkiemu zadziwieniu przekonałem się, iż płat operacyjny rogówki, lekko zaćmiony zupełnie był odwróconym i załamanym ku dołowi, natomiast źrenica dobrze była zwężoną, leżała w głównéj dolnéj części za rogówką, a tylko mała jéj górna cząstka była obnażoną, a raczéj pokrytą warstewką ciała szklanego nieomal zupełnie przeźroczystego, o ile przy badaniu niezbyt przeciągającem się, można się było przekonać.

Niezwykły ten stan oka mieli sposobność stwierdzić nietylko dwaj moi asystenci, pp. drowie Szulisławski i Cichański, ale także uczęszczający do méj kliniki p. dr. Markowski.

Widząc, iż oko lewe będące bez wszelkiego podrażnienia, przedstawiało stan zupełnéj czystości (*asepsis*) pod względem chorobotwórczych drobnoustrojów, nie dałem sprawy za wygraną, lecz sondą dobrze wyjałowioną podniosłem odwrócony płatek rogówkowy i przyciskając do tylnéj wargi operacyjnéj, lekko powiekę nań zesunąłem, a zapuściwszy ezerynę, założyłem świeżą opaskę uciskową.

Nazajutrz (28/4) mogliśmy się przekonać, iż płat rogówkowy lubo lekko zaćmiony, pozostał w nadanem mu położeniu; wargi rany doskonale przylegały, przednia komórka była miernéj tylko głębokości, ale wyraźna, źrenica nieco niekształtna, dosyć wązka i czysta. W prawem oku

przebieg był idealnie prawidłowym, dlatego w dalszym opisie zupełnie oko to pomijam. Zapuściwszy do lewego oka znowu kropelkę ezeryny, zastósowałem jeszcze raz opaskę uciskową.

Dnia 29/4 znalazłem powiekę górną lewego oka trochę nabrzmiałą, płat rogówkowy dobrze przylegający, przeważnie w górnéj części tuż przy gładkiéj bliżnie ranki operacyjnéj zaćmiony. W części dośrodkowéj rogówki zaćmienie nieznaczne, przeświecające i powoli ku środkowi gubiące się. Źrenica owalna, nieco w stronę nosa przesunięta z powodu lekkiego tamże zmarszczenia się tęczówki.

Dalsze leczenie polegało na codziennem opłukiwaniu słabym roztworem sublimatu, zapuszczaniu pilokarpiny i zakładaniu opaski jeszcze przez kilka dni.

W następstwie zaćmienie rogówki coraz więcéj się zmniejszało i lekka wydzielina spojówkowa pod wpływem siarczanu cynku zmniejszała się tak; że 12 maja r. b. mogłem przekonać się, iż zaćmienie rogówki we warstwie dośrodkowéj tylko przez lupę było jeszcze widzialnem. Przednia komórka zagłębiła się więcéj, źrenica po zaprzestaniu zalewania ezeryny względnie pilokarpiny rozszerzyła się i przesuniętą była ku górze. Z powodu tylnych zrostów punkcikowatych, na zewnątrz i wewnątrz w poziomym południku umieszczonych, przybrała źrenica postać owalną. Badanie wzroku dokonane po raz pierwszy dnia 20/5, wykazało na prawem oku 6/36 Hp. 11, na lewem oku palce na 12 $\frac{l}{c}$ + 12.

Za pomocą wziernika w obydwu oczach jak najdokładniéj widzieć było można prawidłowe dno oka; w lewem było ono przez lekkie zaćmienie ciała szklanego nieco przyćmione, przy ukośnem oświetleniu wyraźniéj zarysowywało się zaćmienie przybrzeżnéj warstwy rogówki, do któréj z góry dochodziły naczynia włoskowate.

Astigmometr Javala wykazał bardzo silną nieprawidłową niezborność rogówki, co tłomaczyło względnie słaby stopień wzroku wobec przeźroczystéj źrenicy i względnie prawidłowego dna oka.

Z powodu ogólnego osłabienia chory przez długi czas wcale nie mógł się przedstawić. Dziś dopiero (d. 16/7) przezemnie celem dokładnego zbadania do kliniki sprowadzony, przedstawiał taki stan ócz:

Prawe oko wygląda prawidłowo, jakby nieoperowane, źrenica okrągła, ruchoma, czysta, z wyjątkiem górno-wewnętrznéj części zasłoniętéj resztką torebki. Lewe oko przy pobieżnem badaniu w odległości nie różni się od prawego;

uniosłszy powiekę górną, widzimy mało co zmniejszone zaćmienie rogówki, źrenicę owalną jak dawniéj, za pomocą lupy i przy bocznem oświetleniu zauważa się zaćmienia ciała szklanego od górnego brzegu źrenicy w części przyrośniętego do rogówki, ciągnące się ku tyłowi. Wziernik wykazuje u tegoż oka prócz powyżéj wspomnianych nieco silniejszych zaćmień ciała szklanego jeszcze drobnopyłkowe męty, wskutek czego dno oka przedstawia się jak we mgle, można jednakże rozpoznać tarczę prawidłową i odczepienie siatkówki najsilniejsze dołem na wewnątrz. Granica odczepienia niewyraźna. Badanie wzroku wykazuje na oku prawem 6/18 Hp. 12 (dość znaczna niezborność) Sn. 0,8 i +16 na 20 cm., na lewem oku ruchy ręki dołem na wewnątrz.

Czy wynik badania wzroku wobec bardzo miernéj inteligencyi operowanego był zresztą miarodajnym, śmiałbym powątpiewać. Czystość rogówek i prawidłowo przedstawiające się dno oka jednego i drugiego, przemawiają za tem, iż tutaj wzrok powinien był być lepszym. Ale godząc się, nawet na to, do czego zeznania operowanego nas uprawniały przyznać musimy, iż na taki wynik po tym jedynym dotychczas może przebiegu pooperacyjnym, przygotowanymi być nie mieliśmy prawa. Zresztą bystrość wzroku nie odgrywa w téj sprawie tak ważnéj roli, są inne okoliczności, które nasuwają nam pewne myśli.

Wiadomo, że A. Graefe z obawy przed ropieniem rogówki, którem nie rzadko kończyła się Davielowska operacyja zaćmy, starał się zastąpić cięcie płatowe, które w danym razie miało usposabiać do tego niebezpiecznego przebiegu, innem, któreby możność ropienia wykluczało: „*Je weiter ein Schnitt aufklappt, desto leichter und vollständiger haben wir den Linsenaustritt zu erwarten, aber desto grösser ist bei schlechter Heiltendenz die Gefahr der Wundprocesse*“ (*Arch. f. O.* XI, c. 5).

Mooren (*Ophthalmiatrische Beobachtungen* 1867, Berlin pag. 231) przypisywał tęczówce najważniejszą rolę w powstawaniu ropnych zapaleń pooperacyjnych, i dlatego tęczówkę kilka tygodni przed wydobyciem zaćmy polecił wycinać z własnego doświadczenia.

Dziś wobec teoryi o drobnoustrojach, jako jedynych sprawcach ropienia, nie ma powodu obwiniać rodzaj cięcia, pozostałości soczewkowe lub zapalenie tęczówki jako sprawców ropienia rogówki po operacyjach zaćmy. Wiemy zaś, że choćby najniezręczniéj operacyję wykonano, choćby rozmaite części oka przytem były podrażnione, a nawet znaczne części soczewki pozostały w oku, nie przyjdzie do sprawy ropienia, byle tylko przebieg operacyi odbył się wśród warunków ściśle aseptycznych t. j. wykluczających wszelki przystęp drobnoustrojów chorobotwórczych.

Czyż może kiedykolwiek rogówka, jak w naszym przypadku, w skutek odwinięcia zupełnego pozostawać w mniéj korzystnych warunkach odżywienia i mniéj nadawać się do spraw ropnych? a jednak tutaj ropienie nie nastąpiło, bo brakło niezbędnych do tego drobinek.

Ciekawą zaś niezmiernie okolicznością jest to, iż płat rogówkowy po 3 dopiero dniach podniesiony jeszcze przyrósł do pierwotnego miejsca. Przypomina nam to polecenie Kochera (*Volkmann's Samml. kl. Vortr.* Nr. 224), który zdaje się pierwszy zwrócił na to uwagę, iż rany byle ściśle aseptycznie opatrzone, zeszyte po dwóch dniach (*Secundärnath*) zrastają się bez ropienia i spostrzeżenie to zastosowywał w poszczególnych przypadkach dla pominięcia sączków, któreby z innych względów były wskazane. Metodę tę przyjęli także inni (B. Urwicz, *Wracz* 1886, Nr. 19), sam zaś w r. 1886 na Zjeździe lekarzy w Berlinie (Graefe *Arch. f. Ophthal.)* wykazałem na podstawie dość licznych obserwacyj, iż wielkie płaty skóry w całéj grubości zupełnie zkądinąd oddzielone a przystósowane bez mostku drugiego lub trzeciego dnia do rany przygotowanéj i aseptycznie pod opaską utrzymanéj, przyrastają bardzo dobrze.

W jakich razach z doświadczenia tego korzystać wypada, nie tu miejsce o tem rozstrzygać. Dość, że takie późne zagojenie doraźne jest możliwem, lecz warunkiem niezbędnym do tego ścisła aseptyka.

Co w innych tkankach stwierdzono już wielokrotnem doświadczeniem, to w naszym przypadku lubo niezamierzonem okazało się także zastosowanem do rogówki.

W jaki sposób wyobrazić sobie winniśmy sprawę zagojenia? Wiemy (Arlt. *Compendium der norm. und path. Hist. des Auges.* Wiessbaden 1880, p. 34), że przy gładkich ranach rogówkowych już w trzy godziny brzegi rany nacieczone są leukocytami. W 8—10 godzin przychodzi do wytworzenia się w ranie istoty włóknikowéj wchodzą także leukocyty. Brzegi warstwy Bowmana zwracają się w rankę, w którą po 2—3 dniach nabłonek wybujawszy silnie, wrasta w przewód ranki, przyczem wytworzona istota włóknikowa zamienia się na coraz więcéj skupiającą się tkankę łączną.

W naszym przypadku, gdzie brzegi rany daleko od siebie były oddalone, przyszło także do wytworzenia się istoty włóknikowéj, która utrzymała się w stanie aseptycznym. Po podniesieniu się płata i przylgnięciu brzegów wkrótce nastąpiło ich zlepienie i sprawa zagojenia wzięła ten sam obrót jak po świeżo utworzonéj ranie.

Śródbłonek obnażonéj tęczówki wyrastając we warstwę cienkich komórek wrzecionowatych złączył się w podobnąż warstwę powstałą ze śródbłonka błonki Descemeta tam, gdzie najwięcéj do siebie te warstwy przylegały, to jest wzdłuż brzegów ranki względnie tęczówki, co sprawiło wytworzenie się przedniego szerokiego zrostu.

Ciało szklane w znacznéj części cofnęło się wkrótce, a silne zwężenie źrenicy wstrzymało dalsze tegoż wypadnięcie. Dzięki aseptycznemu stanowi oka pozostała bez odczynu nawet ta cząstka ciała szklanego, która się przed źrenicą usadowiła. Późniéj uległa ona albo wessaniu (?) albo zamieniwszy się znanym sposobem w tkankę łączną do ściślejszego połączenia rogówki z tęczówką w górnym pasie pierwszéj przyczynić się mogła.

Są to oczywiście tylko przypuszczenia, któreby się dały dopiero stwierdzić, szeregiem badań histologicznych, tutaj lekko tylko o nie potrącić pragnąłem.

Większe natomiast znaczenie przypisuje wnioskom, które się nasuwają na podstawie powyższego doświadczenia i to nasamprzód: że nie rodzaj cięcia przyczynia się bezpośrednio do spraw ropnych w rogówce po operacyjach zaćmy, ale wyłącznie brak należytéj aseptyki — a powtóre, że rany rogówki i po kilku jeszcze dniach mogą zagoić się doraźnie, skoro wymogom aseptyki zadość uczyniono.

Lekarz, który pierwszy ma sposobność widzieć zranionego, winien więc, jeżeli sam leczenia specyjalnego podjąć się nie może, przedewszystkiem użyć wszelkich środków, nad któremi panuje, dla zabezpieczenia oka zranionego przed wpływem drobinek chorobotwórczych i odesłać chorego okuliście, któryby po kilku jeszcze dniach zdołał może w niejednym przypadku zręcznem wkroczeniem większe nawet rany rogówkowe do zagojenia doraźnego doprowadzić.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ 1891. Nr. 38.

Kraków, 1891. — Drukarnia Uniw. Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.